社会保障に関する日本国政府とアイルランド政府との間の協定

AGREEMENT BETWEEN THE GOVERNMENT OF JAPAN AND THE GOVERNMENT OF IRELAND ON SOCIAL SECURITY

保険期間確認請求書 Request for Verifying Periods of Coverage

※申請者は、この請求書を記入の上、アイルランドの実施機関に提出してください。

The claimant should complete this form and submit it to the competent institution of Ireland.

日本の照会番号 Japanese reference number

※日本保険者により記入される欄 To be completed only by Japanese liaison agencies IRL/J 3 アイルランド→日

アイルラント 実施機関記入欄 Used by the competent institution of Ireland

受付日が入ったスタンプ Date-stamp received at the competent institution of Ireland

Handbook	sic Pension Number or Number on Pensio 年金番号又は年金手帳の記号番号	- 1	PPS Number i		S番号			
, was a second with the second	Japanese competent institution to furnish がアイルランドの実施機関へ私の日本の名				77 - 27	stem to the	e compete	nt institution of Ireland.
1. Insured	Person / 被保険者に関する情報							
①Last name 氏	in Roman letters/ □一マ字	letters/漢字	②First name 名		letters/ローマ字 ma letters/カタカー)	in Kanji let	ters/漢字
③Date of Birth 生年月日		(A) (基) (基) (基)	Male /	-	⑤Telephone 電話番号	number in (国番号、=	duding cou エリアコー	untry and area code ドを含む)
⑥Address 住所	in Roman letters / ローマ字 in Katakana letters / カタカナ							
2. Claiman	t / 申請者に関する情報 in Roman letters /ローマ字		②First name	in Roman	n letters /ローマ字	, r		
氏	in Katakana letters /カタカナ in Kanji	letters / 漢字	· 名	in Katak	ana letters /カタ	カナ	in Kanji let	ters /漢字
③ Date of Birth 生年月日		/日 ④性別 Sex	Male.		⑤Telephone 電話番	e number in 号(国番号	duding cou 大、エリア:	untry and area code ロードを含む)
⑥Address 住所	in Roman letters / ローマ字 in Katakana letters / カタカナ	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				⑦ Relationsh the decea person 続	sed	

3. Periods of coverage under the Japanese pension systems / 日本の保険加入期間に関する情報

Fill in the insured person's detailed history of coverage under the Japanese public pension systems as accurately as possible.

日本の公的	的年金制度	この加入経	過を、できるだけ詳しく正確に記入してください。		
Period of (加入期間 From To	(年/月/ Y/	/日) /M/D M/D	Name of the Workplace or Ship owner in case the insured was a crew member on board a ship / 事業所(船舶所有者)の名称及び船員であったときはその船舶名	Address of Workplace or Ship owner, or address when the insured was enrolled in the National Pension/事業所(船舶所有者)の所在地又は国民年金加入時の住所	Pension system under which the insured was covered (*) 加入していた年金制度等(注)
/	/	から まで		*	
,		から			
,	/				
/	/	まで		e **	
/	/	から			
/	/	まで	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	* ************************************	
/	1	から		*	
/	/	まで		*.	
/	/	から			- N
/	/	まで			
/,	/	から	1	3	8 9
1	/	まで	2		
/	/	から			
/	/	まで			
/	/	から		7	1 3
/	1	まで	x 2	a .	
/	1	から	ž.	8 2 0 0	4
1	. /	まで	*	6	
. /	1	から			
1, 1	/	まで	*	4.	***
/	/	から		3	
/	/	まで	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	19	1.
/	/	から	g se	A STATE OF THE STA	
/	/	まで		2	
/	1	カルト			

(注)

- 国民年金は「1」、厚生年金保険(船員保険・共済組合を除く。)は「2」、厚生年金(船員)保険は「3」、厚生年金保険(共済組合)は「4」を記入してください。
- 厚生年金保険(共済組合)「4」の場合は、加入した共済組合の名称もこの欄に記入してください。
- 婚姻等により、加入当時の氏名が現在の氏名と異なる場合は、この欄に加入当時の氏名を記入してください。
- (*) Fill in the number as follows: "1" for National Pension, "2" for Employees' Pension Insurance (except Seaman's Insurance and Mutual Aid Association), "3" for Employees' Pension (Seamen's) Insurance and "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association).
 - When you fill in "4" for Employees' Pension Insurance (Mutual Aid Association), please write the name of Mutual Aid Association he/she belonged.
 - Please fill in the insured person's former name in this column, if the insured's former name is different from current name by marriage or other reason.

1	Declaration of Claimant	1	军夕
+.	Decial allol Fol Clalifiant	-	

まで

I declare that the information I have given in this form is true and complete. I authorise the competent institution of Ireland to furnish to the Japanese competent institutions all information and documents which relate or could relate to this claim for benefits.

私は私の知る限りにおいて、本申請書に記載された情報は真正かつ完全であることを宣誓します。私はアイルランドの実施機関が有する本給付申請に関わる又は関わる可能性のある情報及び文書を同機関が日本の実施機関に提供することを認めます。

Signature of Claimant	
申請者の署名:	